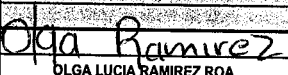


 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</div> <div>VERSIÓN: 2</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
OLGA LUCIA RAMIREZ ROA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		35.479.584
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1764 2025	FECHA INICIO CONTRATO
		2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 16.487.680	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
		TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.487.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
		\$ 4.046.976
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:
		6374
		Nº CDP:
		1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAÚL ARDILA DURAN	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:
		NA
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO	(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	Porta el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas.	
2	Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	
3	Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	
4	Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	
5	Apoya a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.	
6	Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área.	
7	Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	
8	Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa	
9	Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario.	
10	Cumple la programación mensual de actividades.	
11	Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. integral del presente contrato	
12	Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales.	
13	Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales.	
14	Custodia y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	
15	Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional.	
16	Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación.	
17	Solicita y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada	
18	Solicita a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia	

19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato
20	Responde la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar
21	Se Presenta al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en
23	Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda.
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización por medio del circulante de enfermería conservando el rótulo de marcado proveniente de la central
25	Cuenta en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas, agujas de
26	Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlos al final del procedimiento.
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad.
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.
29	Se informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en
30	Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado,
31	Traslada el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de
32	Registra en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico.
33	Elabora por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar.
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	84011619/ 84202744
OPERADOR:	MI PLANILLA/ COMPENSAR
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	COMPENSAR
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA
OTRO	CFF(COMPENSAR)
TOTAL PAGADO	
\$ 567.000	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.	
VII. ANEXOS	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
 OLGA LUCIA RAMIREZ ROA 35.479.584 3202208897	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/2/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LUCIA RAMIREZ ROA	CC:	35.479.584
CORREO ELECTRÓNICO:	luchisrqa@gmail.com	RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 9 No 22 - 83	TELÉFONO:	3202208897
		CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones

(X)

SI tomaré costos y deducciones

()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24094792564
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1764 2025	N° CDP:	1	N° RP:	6374	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS
------------------	--------------	---------	---	--------	------	--

FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025	\$	16.487.680
--------------------------	----------	-----------------------------------	-----------	----	------------

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/02/2025 AL 28/02/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	4.046.976
--	----	-----------

CUATRO MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Olga Ramirez
OLGA LUCIA RAMIREZ ROA
35.479.584
3202208897

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA		OLGA LUCIA RAMIREZ ROA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		35.479.584			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1764 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/1/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	16.487.680			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	16.487.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.046.976	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 DE 2	Nº CRP INICIAL:	6374	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84011619/ 84202744	OPERADOR:	MI PLANILLA/ COMPENSAR		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAÚL ARDILA DURAN				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X		
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA		
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	NA		
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		SI	NO	
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		X		
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?		X		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		X		
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		X		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		X		
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/2/2025) AL (28/2/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SAÚL ARDILA DURAN PERFIL: LIDER CLINICAS QUIRURGICAS			
		NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERÍODO PENSIONES			
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	84011619
				CANTIDAD
				EMPLADOS
				UPC
				1
				0
				TOTAL A PAGAR
				\$503.000

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	80025440-6	206.100	0		0		0	0	0	0	206.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		SENA		
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	35479684	OLGA LUCIA RAMIREZ ROA	carrera9# 22-43	8625503	olguisep@hotmail.es		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	1 - Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA			NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLEADOS	UPC	
840116119	10/02/2025			1	0	
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR		
2025-01	2025-01	N	17/02/2025	84029744	\$84.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	26.300

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colectización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización:	Valor	No. Autorización	Valor					
0	0	0	0	0	0	0	0	26.300	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800223408-8	33.500	0	0	0	0	0	0		33.500	

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	Valor									

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS		Días Mora	Valor Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
Código CCF	Nombre	NT			
CCF24	Compensa Cajas	860065942-7	4.200	4.200	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALS PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SNA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	26.300	26.300
Pensión	1	33.500	33.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	4.200	4.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	64.000	64.000